Lane Medical Library

Geburt bei Carcinoma cervicis.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 28. Juli 1881

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Ewald Brandt

aus Grünberg (Prov. Schlesien).

OPPONENTEN:

Herr Dr. W. EICHBAUM.
„ Dd. P. GALLE.
„ Dd. K. MENZEL.

BERLIN.

BUCHDRUCKEREI VON M. NIETHE,

Kurstrasse 18. 19.

SEINEN THEUREN ELTERN

IN LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM VERFASSER.

In folgender Arbeit beabsichtige ich zwei Fälle von Geburt bei Carcinoma cervicis aus der geburtshülflichen Poliklinik des Herrn Professor Gusserow mitzutheilen. Den einen hatte ich im Wintersemester 1880/81 zu beobachten Gelegenheit, der andere ist mir gütigst zur Verfügung gestellt worden.

Abgesehen von den Fällen, in denen nachweisbar die carcinomatöse Wucherung nach erfolgter Conception ihren Anfang genommen, muss es uns von vornherein befremden, dass überhaupt bei bereits bestehender krebsiger Infiltration eine Conception noch möglich sei, da doch durch die Schwellung der Schleimhaut dem Eindringen des Samens ein Hinderniss gesetzt ist, und die active Formveränderung der portio während der Cohabitation, die sogenannte Erection des Scheidentheiles, auf deren aspirirende Wirkung neuerdings grosser Werth gelegt wird, bei carcinomatöser Degeneration natürlich in Wegfall kommt.

Dass aber trotzdem Conception erfolgt ist, beweisen uns Beobachtungen, welche Lumpe, Siebold und Cohnstein gemacht haben. (Oesterreichische Zeitschrift f. Heilkunde 1860 N. 43. Siebold: Journal Bd. III. S. 58. Cohnstein: Archiv f. Gynäkologie B. V. S. 366.) Ersterer berichtet von einem Fall, in welchem nach einer Pause von 12 Jahren die Conception zu einer Zeit erfolgte, wo die Krebsinfiltration eben begonnen hatte. Siebold und Andere haben beobachtet, dass bei Frauen, welche an Gebärmutterkrebs leiden, der Geschlechtstrieb häufig gesteigert ist; dem stimmt Cohnstein bei, indem er es nicht für unwahrscheinlich hält, dass die krankhaft erhöhte Sensibilität der vom Krebs befallenen Theile des

Uterus die Anregung dazu giebt. Er selbst erwähnt 21 Fälle, in denen der Krebs schon bis zu einem Jahre vor Eintritt der Schwangerschaft bestanden hatte, somit also Conception bei krebsiger Infiltration erfolgt ist.

Diesen Fällen reiht sich der von mir beobachtete an. Die Geburt erfolgte im November, obwohl seit dem October des vorhergehenden Jahres bereits Symptome einer krebsigen Infiltration bestanden.

Es sind Fälle von Carcinom durch Schwangerschaft complicirt wohl in jedem Monat derselben zur Beobachtung gekommen und es entstand jedesmal von Neuem die Frage, wie man sich da therapeutisch zu verhalten habe, eine Frage, welche in der verschiedensten Weise beantwortet worden ist.

Ich denke, drei Gesichtspunkte sind es, welche uns in solchem Falle leiten können. Einmal wird man sich fragen müssen, ob man in erster Linie in Rücksicht auf das mütterliche Leben sich der Behandlung des Carcinoms ausschliesslich widmen soll, oder 2) ob Mutter und Kind zu berücksichtigen sind, oder endlich 3) ob das Kind allein unsere Aufmerksamkeit verdient.

In früheren Zeiten ist man geneigt gewesen, auf die Erhaltung des mütterlichen Lebens sein Hauptaugenmerk zu richten, und es war namentlich Lee, der dafür auftrat und die richtige Lösung merkwürdigerweise darin suchte, dass er künstlichen Abort oder Frühgeburt als geeignetste Behandlungsweise vorschlug. Zu dieser Methode führte ihn der Umstand, dass man in Folge von instrumentellen oder manuellen Eingriffen Abortus resp. Frühgeburt vielfach beobachtet hatte.

Zieht man in Erwägung, dass nach Cohnsteins Berechnung das Verhältniss der Todesfälle bei Abort, Frühgeburt, rechtzeitiger Geburt 8 : 13 : 30 ist, so könnte man anfangs geneigt sein, Lee beizustimmen, doch lehren spätere Erfahrungen, dass derselbe durchaus nicht zu solchem Schluss berechtigt war.

„Bedenkt man," sagt Cohnstein, „dass die Leiden der Krebskranken während der Schwangerschaft sehr bedeutend nachlassen, dass von den Müttern, welche die

Geburt glücklich überstanden haben, ein grosser Theil im Wochenbett, der Rest wenige Monate darauf der Krebskachexie unterliegt, dass die Erhaltung des kindlichen Lebens der Hauptfactor bleibt, weil bei entsprechender Therapie mehr Kinder als Mütter erhalten werden können, so wird man kein Bedenken tragen, den künstlichen Abort zu verwerfen."

Eine Ansicht, der wohl von keinem neueren Gynäkologen widersprochen wird. Häufiger dagegen tritt allerdings bei localer Behandlung des Carcinoms ohne unsern Willen Abortus ein.

Gusserow sagt hierüber: „Wenn es nun allerdings auch richtig ist, dass eingreifende örtliche Behandlung, Amputation der portio vaginalis, Entfernung der erkrankten Massen, Anwendung starker Aetzmittel, leicht zu Unterbrechung der Schwangerschaft, zu Abortus und Frühgeburt führt, so lehrt doch allmählich die Erfahrung, dass dies keineswegs die nothwendige Folge jener Eingriffe sein muss, dass man andrerseits aber durch diese Eingriffe den Verlauf der Krankheit günstiger gestalten, das Leben der Kranken erträglicher machen, ja sogar den Verlauf der Geburt beeinflussen und somit die Erhaltung des Kindes sicherer stellen kann."

Abortus also ist durchaus nicht die nothwendige Folge operativer Eingriffe, vielmehr ist die Bedingung zu demselben wohl in dem der Operation folgenden Fieber und in bereits bestehenden Erkrankungen des Eies zu suchen, daher wird man sich nicht scheuen dürfen, so lange überhaupt noch eine radikale Operation möglich ist, eine solche ohne Rücksicht auf die Gravidität vorzunehmen.

In solchem Sinne spricht sich auch Schroeder aus, wenn er sagt: „Wenn das Carcinom noch so begrenzt ist, dass man hoffen kann, es radikal entfernen zu können, so ist die Operation ganz unzweifelhaft das einzig Richtige, und sie muss dann, ohne Rücksicht auf die Gravidität, so energisch ausgeführt werden, wie die Ausbreitung des Uebels es verlangt." An einer anderen Stelle heisst es: „Die Operation während der Schwanger-

schaft ist wohl kaum gefährlicher als ohnedies, und eine Unterbrechung der Schwangerschaft pflegt nicht zu folgen."

„Es muss als Pflicht des Arztes erscheinen," sagt Gusserow, „überall dort die gründlichste Entfernung der krebsig erkrankten Parthieen auch bei einer Schwangeren vorzunehmen, wo einigermassen die Aussicht vorliegt, im Gesunden operirend die Kranke ganz heilen oder wenigstens die Fortschritte der Krankheit wesentlich verlangsamen zu können."

Eine weitere Aufforderung dazu, operativ schon im Beginn der Gravidität einzuschreiten, liegt in der Erfahrung, dass die carcinomatöse Wucherung während der Gravidität sehr rasche Fortschritte macht. Freilich sind Beobachtungen gemacht, denen zufolge die Krankheit während der Schwangerschaft gar keine Fortschritte machte, sondern stabil blieb. Cohnstein hat unter 13 Fällen, wo bei schon länger bestehendem Carcinoma uteri Gravidität hinzutrat, nur 3 mal einen deutlichen Fortschritt, 6 mal keine nennenswerthe Beschleunigung und 4 mal einen vollständigen Stillstand nachgewiesen. Er möchte daher in jedem Falle aus Rücksicht auf die Gravidität die Operation bis zum Ende der Schwangerschaft aufgeschoben wissen, indem er diese Zeit namentlich deshalb für die geeignetste hält, da dann die Scheide sehr extensibel sei und die Blutung durch die nachfolgende Geburt am besten gestillt werde.

Diese Gründe möchten wohl kaum stichhaltig sein, denn erfahrungsgemäss ist die Blutung bei der Operation gewöhnlich nicht sehr erheblich und ausserdem lässt sie sich auch ganz sicher stillen durch Tamponade, Ferrum candens und Liquor ferri sesquichlorati. Es kommt dazu, dass die oben erwähnten Beobachtungen Cohnstein's über den relativ günstigen Verlauf der carcinomatösen Wucherungen im Vergleich zu der grossen Anzahl von Beobachtungen, nach denen eben die Zunahme der carcinomatösen Infiltrationen eine rapide war, eine zu geringe ist, als dass sie hier wohl mit ins Gewicht fallen könnte. Bei der grossen Lebhaftigkeit der

Nutritionsvorgänge in der Genitalsphäre während der Gravidität ist auch ein derartig rapides Wachsthum a priori anzunehmen.

Dass nun in der That durch frühzeitige operative Eingriffe die schönsten Erfolge erzielt worden sind, dafür giebt uns unter Anderen Cohnstein Belege. Er hat 6 Fälle zusammengestellt, in denen während der Schwangerschaft die Excision des Tumors vorgenommen wurde. Es kamen 4 Kinder lebend zur Welt, eins todtfaul; 4 Mütter überlebten das Wochenbett, 2 starben. In jenen Fällen handelte es sich um krebsige Degeneration und blumenkohlförmige Tumoren theils einer, theils beider Lippen für sich oder mit Einschluss der Scheide.

Fernere Beobachtungen hat Benicke gemacht, in denen es sich handelte um Carcinom der hintern Lippe und des Cervix, der hinteren Lippe allein, der Portio und um ein beginnendes Carcinom der Portio. Die Operationen wurden vorgenommen 2 mal im 5., 1 mal im 6., 1 mal im 7. Monat und zwar mittelst des scharfen Löffels, der Scheere und des Ecraseurs, in einem Fall wurde die Portio amputirt. 3 mal erfolgte eine leichte Geburt lebender Kinder, 2 mal Abortus.

Was die Mütter anbetrifft, so verlief in 4 Fällen das Wochenbett vollkommen normal, in einem Fall stellte sich Frost ein und, nachdem die folgenden Tage günstig verlaufen, an einem Tage zwei eclamptische Anfälle mit Schwund des Bewusstseins.

Die Untersuchung des Urins ergab starken Eiweissgehalt, Cylinder waren nicht nachweisbar.

Bei 2 Frauen stellte sich einmal nach Verlauf eines, das andere Mal innerhalb 4 Monate ein Recidiv ein, welchem die erstere erlag, während die andere nach wiederholter Operation als geheilt entlassen werden konnte.

Diese Resultate führen mich zu der zweiten von mir oben aufgestellten Frage hin und geben zu dieser eine Erläuterung.

Es handelt sich hier also um gleichzeitige Berücksichtigung von Mutter und Kind.

Ohne Zweifel wird das unsere Aufgabe sein in den späteren Monaten der Schwangerschaft und unter Bedingungen auch am Ende derselben, so lange wir es mit einem Carcinoma incipiens zu thun haben.

Wie aus den angeführten Fällen ersichtlich, wird man in den späteren Monaten der Gravidität, also im 5., 6. und 7. etwa, zunächst zu möglichst milder Behandlung seine Zuflucht nehmen, und zum Zwecke dieser stehen uns Mittel, wie das Auskratzen krebsiger Infiltrationen durch den scharfen Löffel, durch den Ecraseur, Entfernung kranker Parthieen durch die Scheere etc., zu Gebote.

Befindet sich dagegen Patientin am Ende der Schwangerschaft, so möchten wohl derartige Eingriffe nicht immer den gewünschten Erfolg haben, alsdann müssen wir unter Umständen zur Totalexstirpation des Carcinoms schreiten.

Bei Aufstellung der 3. Frage, ob das Kind allein unsere Aufmerksamkeit verdient, kann es sich nur um Fälle von weiter vorgeschrittener Gravidität sowohl, wie weiter vorgeschrittenem Carcinom handeln.

In solchem Falle nämlich wird in erster Linie das Kind zu berücksichtigen sein, da die Chancen für das mütterliche Leben sehr gering sind, und es wird rathsam sein, jedwede Operation bis zur Lebensfähigkeit des Kindes möglichst hinauszuschieben.

Ist jedoch der Allgemeinzustand der Mutter ein so bedenklicher, dass in Folge dieses auch für die Frucht die grössten Gefahren drohen, so wird man natürlich nicht zögern dürfen, durch eingreifende Behandlung so bald als möglich der Mutter Linderung zu schaffen, mit besonderer Rücksicht auf die Rettung des Kindes.

Erzielt man auch keine radikale Entfernung der carcinomatösen Wucherungen, so kann man immerhin durch rechtzeitigen Eingriff die Prognose sowohl für Mutter, als auch für Kind zu einer günstigeren gestalten. Es wird einmal die Geburt ungefährlicher verlaufen, und andererseits wird die Erleichterung der Geburt dem Kinde ebenfalls zu Statten kommen.

Die sub 3 berücksichtigten Verhältnisse finden wir meist bei Geburten. In solchem Falle müssen wir uns fragen: ist gemäss der Ausdehnung der krebsigen Infiltration die Geburt per vias naturales möglich oder nicht?

Mehreren Beobachtungen zu Folge sind Geburten trotz carcinomatöser Wucherungen spontan verlaufen. Es handelte sich um Carcinom einer Muttermundslippe. Die Geburt verlief normal, indem entweder die degenerirte Parthie mit an der Dilatation des Muttermundes Theil nahm, oder das vollständige Verstreichen der gesunden Lippe allein den Durchtritt des Kopfes gestattete.

Ist die Infiltration eine weiter vorgeschrittene, so ist an eine spontane Geburt nicht zu denken. In solchem Falle werden wir zunächst möglichst einfache Mittel, wenn ich so sagen soll, vorbereitende, zur Anwendung bringen, um die Geburt unter der Voraussetzung, dass kräftige und ausreichende Wehen vorhanden sind, zu einer spontanen zu gestalten. Als solche vorbereitende Mittel stehen uns zu Gebote: die Dilatation mit Ballons, die stumpfe Entfernung der Massen und die Incision in die kranken Gewebstheile.

So einfach auch letztere Operation ist, so können wir uns freilich nicht verhehlen, dass die Folgen oft sehr schwere sind; die Folge der Incision ist leicht ein Weiterreissen auch der gesunden Theile, so dass Uterusruptur und Peritonitis, an denen dann die Kranken zu Grunde gehen, nicht zu verhüten sind.

Nach Cohnstein sind in 9 Fällen Incisionen gemacht worden und zwar einmal ohne weitere Operation. Es ergiebt sich als Resultat für die Mütter, dass 50% die Geburt überlebten und 62,5% der Kinder lebend zur Welt kamen.

Sind keine Wehen vorhanden oder sind sie so schwacher Beschaffenheit, dass sie selbst nach vorhergehender künstlicher Erweiterung des Muttermundes auf eine spontane Geburt nicht hoffen lassen, so wird man nicht zögern dürfen, zunächst mittelst der Finger oder eines scharfen Löffels möglichst viel Krankhaftes auszukratzen, um sodann nach genügender Dilatation die Zange anzulegen,

mit der Voraussetzung, dass der Kopf des Kindes hinreichend tief getreten ist.

Es sind bei diesem Verfahren weitergehende Einrisse zu fürchten, doch muss eben um des Kindes willen die Geburt möglichst rasch beendet werden.

Von anderweitigen Operationen können noch in Frage kommen Wendung und Extraction, Kraniotomie, Embryotomie und endlich die Sectio caesarea.

„Die Wendung und Extraction," sagt Gusserow, „dürfte jedenfalls nur auf die Fälle zu beschränken sein, wo sie durch die Lage des Kindes nothwendig ist, also die Quer- und Beckenendlagen. Die Prognose für die Kinder ist wegen der Schwierigkeiten bei Lösung des Kopfes und der Arme in diesen Fällen immer eine sehr schlechte, und es erscheint daher nicht zweckmässig, bei Schädellage die Wendung auszuführen."

Nach Cohnstein ist das Resultat von 11 derartigen Operationen, dass nur 18,1% der Mütter und 12,5% der Kinder den Eingriff überlebten.

Was die Kraniotomie und Embryotomie anbetrifft, so handelt es sich hier darum, einmal überhaupt das Kind zu opfern, und zweitens ist der Eingriff für das mütterliche Leben ein so schwerer, dass die Prognose für die Mutter höchst ungünstig ausfällt.

Nach 6 derartigen Operationen starben nach Cohnstein 4 Mütter (2 an Uterusruptur, 1 unentbunden, 1 im Wochenbett).

Lehrreich in dieser Beziehung ist ein von Valenta uns mitgetheilter Fall, den ich an dieser Stelle ausführlich wiedergeben möchte.

„Eine Frau, die sechsmal geboren, in der siebenten Schwangerschaft reichlichen Blutverlust gehabt hatte, rief Valenta zur Entbindung. Es zeigte sich ein ausgebildetes Carcinom der Portio vaginalis und des Scheidengewölbes. Im Laufe der Geburt hörten die Wehen auf und Douchen, Einlegen des flexiblen Katheters, Secale, Tamponade blieben ohne Erfolg. Die Geburt verzögerte sich bedeutend, es trat Infection ein. Bei 5 cm weitem

Orificium wurde die Perforation des mittlerweile abgestorbenen Kindes gemacht. Da auch jetzt ein Tieferrücken des Kopfes nicht erfolgte, so machte Valenta sechs Incisionen und legte den Cranioclast an. Auch da machte sich noch eine sehr grosse Incision nöthig, ehe die Geburt erfolgte. Die Mutter starb.

Bei der Section zeigte sich die Bauchhöhle frei; ein Einriss ging bis zum Peritoneum."

Auch in diesem Falle sehen wir ein ungünstiges Resultat durch Anlegen des Cranioclast erzielt, so dass man wohl besser von einer derartigen Operation absieht.

Valenta empfiehlt auf Grund dieses Falles die Sectio caesarea als das einzig richtige Verfahren.

Ich glaube, dem können wir so ohne Weiteres nicht beistimmen. Es ist der Kaiserschnitt eine so tief eingreifende Operation, dass man zu ihr erst im äussersten Nothfall seine Zuflucht nehmen muss.

Handelt es sich namentlich um ein bereits abgestorbenes Kind, so wird man doch lieber auf anderem Wege die Mutter zu entbinden suchen — Perforation — mit darauf folgender Extraction — da der Kaiserschnitt so recht eigentlich zur Rettung des lebenden Kindes dienen soll.

Einen interessanten hierher gehörigen Fall berichtet uns Frommel.

„Der ganze Cervix, besonders nach links und hinten, ist eine feste, brettharte Infiltrationsmasse; an der anderen Lippe etwas nach rechts ist eine etwas weichere, aber auch bereits infiltrirte Stelle zu fühlen. Das anliegende Beckenbindegewebe ist so von den carcinomatösen Massen infiltrirt, dass das kleine Becken wie ausgegossen erscheint. Der Cervix ist eben für zwei Finger passirbar. Da ein Durchtritt durch diese Massen geradezu unmöglich erschien, der bereits constatirte Tod des Kindes die Sectio caesarea nicht absolut bedingte, wurde der Versuch gemacht, die Neubildung manuell zu entfernen, um nachher das Kind durchziehen zu können. Es wurde zu diesem Behufe mit zwei Fingern durch den Cervix durchgegangen; mit diesen hakte sich

der Operirende gleichsam in die Neubildung ein und begann nun mit Fingern und Nägeln grosse Brocken der Neubildung gleichsam stumpf abzupräpariren, was überraschend leicht gelang. Es wurde ohne Verletzung eines benachbarten Organs oder nennenswerthe Blutung auf diese Art ein grösserer Theil des Carcinoms entfernt; darauf wurde ein Fuss herabgeholt und an demselben, wenn auch nicht gerade leicht, so doch nicht mit hervorragenden Schwierigkeiten, ein bereits leicht macerirtes ausgetragenes Kind extrahirt. Auch hierbei fand eine irgendwie nennenswerthe Blutung nicht statt. Nach leichter Expression der Placenta contrahirte sich der Uterus ziemlich gut.

Der Eingriff wurde von der Frau gut ertragen. Nach ca. 14 Tagen ist die Wöchnerin rasch collabirt und gestorben."

Mit Recht empfiehlt Frommel auf's Wärmste, bei so hochgradigen Carcinomen die Geburt durch Entfernung eines Theils der Neubildung auf stumpfem Wege zu beendigen.

Anders ist es, wenn das Kind lebt und die carcinomatösen Wucherungen bereits das Beckenzellgewebe mit ergriffen haben. In solchem Falle könnte man ja auch, um den Kaiserschnitt zu umgehen, dieselbe Operationsmethode wie oben zur Anwendung bringen, doch schwebt das kindliche Leben in grösserer Gefahr, da die Operation immerhin eine relativ lange Zeit in Anspruch nimmt, so dass mittlerweile das Absterben des Kindes zu befürchten ist.

Also man wird dann gut thun, von vornherein sich zum Kaiserschnitt zu entschliessen.

Das mütterliche Leben ist doch als verloren zu betrachten, es handelt sich nur noch um die Rettung des Kindes.

Namentlich Gusserow ist in solchem Fall entschieden für den Kaiserschnitt.

Er sagt: „Ueberall, wo das Beckenzellgewebe von der Erkrankung mit ergriffen ist, wo die Degeneration den inneren Muttermund überschritten hat, ist gar keine

andere Möglichkeit vorhanden, die Frau zu entbinden, als durch den Kaiserschnitt, zu dem man sich um so leichter entschliessen wird, als er, rechtzeitig ausgeführt, das Kind sicher zu retten im Stande ist und die Mutter, deren Leben doch verwirkt ist, nicht einmal immer daran zu Grunde geht, wie die Erfahrung lehrt, sondern oft genug erst später an den Folgen ihrer Krankheit stirbt. Aus diesen Gründen muss der Kaiserschnitt auch da zur Anwendung kommen, wo zwar die Möglichkeit der Entbindung auf anderem Wege vorliegt, aber gleichzeitig wenig Aussicht vorhanden ist, das Leben des Kindes zu erhalten."

Ich verweise hierbei auf einen ebenfalls von Frommel beobachteten sehr lehrreichen Fall. (Zeitschr. für Geburtshülfe und Gynäkologie, herausgegeben von Fassbender, Gusserow, Mayer und Schröder, V. Band, II. Heft 1880.)

Ich gehe nunmehr über zur Mittheilung der beiden oben erwähnten Fälle.

Erster Fall.

Anamnese.

Wilhelmine W., eine Frau von 38 Jahren, hat in ihrem früheren Leben die Pocken und die Lungenentzündung durchgemacht.

Sie ist von neun lebenden Kindern entbunden worden, von denen noch vier leben, und von einem todten.

Unter den neun Entbindungen verliefen fünf leicht und normal, die übrigen vier dagegen schwer, indem dreimal Querlage vorlag, einmal Steisslage.

Kreissende litt seit Anfang October 1879 am Fluss, welcher von vornherein grünlich, übelriechend und blutig tingirt war, ihr jedoch keine Schmerzen verursachte. Seit genannter Zeit wandte sie dagegen Carbolausspülungen an.

Status praesens.

Den 7. November, Morgens 7 Uhr.

Kreissende befindet sich in der eilften Schwangerschaft. Die letzte Regel hat sie am 1. März gehabt. Das Fruchtwasser floss am 2. November, also vor acht Tagen, Vormittags 11 Uhr ab.

Seit der Zeit will Kreissende eigentliche Wehen nicht gehabt haben, es stellten sich vielmehr nach ihrer Aussage Krämpfe ein.

Am 6. November Abends wurde Kreissende von einem heftigen Schüttelfrost ergriffen.

Die äussere Untersuchung am 7. November Morgens ergiebt Schwangerschaft Ende des 10. Monats. Herztöne sind nicht hörbar, während Kreissende Tags zuvor noch Kindesbewegungen gespürt haben will.

Bei innerer Untersuchung erweist sich der Muttermund von der Grösse eines 2-Markstückes, die Ränder sind gezackt mit Geschwülsten derber Consistenz besetzt, welche sich anfühlen wie kleine Kindstheile, wie Finger.

Es sind Wehen von guter Beschaffenheit vorhanden; der Ausfluss ist gering.

Die nach einiger Zeit wiederholte Untersuchung ergiebt eine kaum merkliche Vergrösserung des inneren Muttermundes.

Dabei klagt Kreissende fortwährend über Brennen in der Gebärmutter: „sie verbrenne von unten her".

Ein heftiger Schüttelfrost gesellt sich hinzu mit einer Temperaturerhöhung auf 38,8° bei 104 Pulsschlägen.

Kreissende wird von grossem Durst gequält. Es steigern sich die Schmerzen von Minute zu Minute; während am Morgen Kreissende nur alle halbe Stunde vor Schmerz wimmerte, stellt sich gegen 10 Uhr ein ununterbrochenes Wimmern ein, welches schliesslich in lautes Schreien um Hülfe ausartet.

Der über ein Jahr dauernde grünliche, stinkende und blutige Ausfluss, der frühzeitige Abfluss des Fruchtwassers, die heftigen brennenden Schmerzen der Kreissen-

den und vollends die Ergebnisse der inneren Untersuchung liessen wohl kaum bezweifeln, dass hier eine carcinomatöse Infiltration vorlag.

Die Vorboten einer solchen müssen auf Grund des Ausflusses bereits über ein Jahr zurückzudatiren sein, — wie oben bemerkt, bestand der Ausfluss seit Anfang October 1879 —, es muss jedoch die spätere Entwicklung anfangs sehr langsam vor sich gegangen sein, da Kreissende durchaus keine Schmerzempfindung gehabt. Erst in allerletzter Zeit kann die Entwicklung rapide Fortschritte gemacht haben, da, wie wir sehen werden, die Infiltration eine ziemlich beträchtliche war.

Operation.

Was nun die Operation anbetrifft, so handelte es sich hier, da das Kind bereits todt war, um eine möglichst schonende Behandlung der Mutter.

Eine leichte Chloroformnarkose gestattete eine genauere Untersuchung.

Der Muttermund hatte sich erweitert bis zur Grösse eines 3-Markstückes.

Ferner ergab sich, dass die Infiltration der linken Seite eine bedeutendere war als die der rechten; auf ersterer reichte sie fast bis zum inneren Muttermund, während beiderseits der Cervix ergriffen war.

Es wurde in unserem Falle die am wenigsten eingreifende Operation vorgenommen in der Absicht, ev. nach dieser mittelst Zange das Kind zu extrahiren, es wurden nämlich zwei seitliche Incisionen gemacht.

Nachdem Kreissende aus der Narkose erwacht war, stellten sich unter heftigen Schmerzen kräftige Wehen ein, welche die Geburt zu einer normalen gestalteten.

Es kam ein todtes, bereits in Fäulniss übergegangenes Kind in erster Schädellage zur Welt.

Die Herausbeförderung der Nachgeburtstheile durch Druck von aussen erfolgte 15 Minuten nach der Geburt; dieselbe gelang nur unvollkommen, es musste daher der Rückstand manuell entfernt werden.

Schliesslich wurde eine Ausspülung der Vagina mit

darauf folgender ergiebiger intrauteriner Ausspülung mittelst 5% Carbollösung gemacht.

Wochenbett.

Den 8. November. Wöchnerin hat wenig geschlafen, keinen Appetit, klagt über Kopfschmerz, auch noch über Brennen in der Gebärmutter; der Uterus ist auf Druck empfindlich, es hat sich Athemnoth eingestellt.

Der Ausfluss riecht nicht, der Urin ist blutig.

Verordnung: Hydropathischer Umschlag auf den Leib: Wein stündlich einen Esslöffel voll. Scheidenausspülungen.

Temperatur 39,1°, 104 Pulsschläge.

Sehr bald entwickeln sich eine Parametritis dextra et sinistra, sowie Symptome einer metastatischen Pneumonie der rechten Seite unter fortdauerndem Fieber, welches, anfangs intermittirend, schliesslich einen remittirenden Charakter annimmt.

Erstere wird mit Eiswasserumschlägen und Eisblase behandelt, gegen letztere kommt ein Expectorans zur Anwendung.

Das Fieber wird durch grosse Dosen Chinin zu bekämpfen gesucht, doch leider ohne Erfolg.

Man versucht daher Patientin zu baden; nach vorgenommenem Bade jedoch tritt ein derartiger Collaps ein, dass man von dieser Behandlungsmethode wieder Abstand nehmen und nach wie vor wiederum grosse Dosen Chinin verabreichen muss.

In der ganzen Zeit haben sich wiederholt Schüttelfröste eingestellt.

Mit gutem Erfolg werden die Scheidenausspülungen fortgesetzt; der Urin ist und bleibt in der Folge frei von Blut, Stuhlgang vorhanden.

Die Erscheinungen seitens der Lunge treten wieder mehr zurück.

Der Gesammtzustand der Patientin wird jedoch ein so bedenklicher, dass nach 14tägiger Behandlung in ihrem Hause behufs sorgfältiger Ueberwachung und guter

Pflege die Ueberführung derselben in die Charité nothwendig erscheint.

Am 23. November findet Patientin auf der Station des inzwischen verstorbenen Herrn Professor Dr. Waldenburg Aufnahme.

Herr Professor überliess mir gütigst den Fall zur weiteren Beobachtung.

Den 23. XI. Temperatur 38,1, 100 Pulsschläge T. Abends 40,6. Nachts Schüttelfrost.

Therapie: Eisblase.

Den 24. XI. T. 36,9, 96 P.; 37,0; 36,5, 108 P.; 40,9 Schüttelfrost. T. Nachts 37,0.

Therapie: Senfteig, Chinin 2,0, Cognac.

Es hat sich Icterus eingestellt.

In der Nacht hat Patientin geschlafen.

Im rechten Augenhintergrund nach unten und aussen von der Papille befindet sich eine linsengrosse Blutung.

Den 25. XI. T. 37,7; 108 P. 37,8.

Patientin klagt über Frost und Durst.

Urin zeigt die Gallenprobe.

Um 1 Uhr T. 40,3 und Schüttelfrost.

Therapie: Chinin 2,0.

Patientin hat Schmerzen in der Brust beim Husten.

Um 4 Uhr T. 39,3; 108 P.

„ 7 „ „ 37,5.

„ 9 „ „ 39,1 und Schüttelfrost.

Patientin bekommt Cognac nach dem Frost.

Im Bereich des linken Ventrikels hat sich systolisches Geräusch eingestellt.

Den 26. XI. T. 37,0; 100 P.

Um $3\frac{1}{2}$ Uhr 36,2 und Schüttelfrost.

„ $4\frac{1}{2}$ „ 39,6; 120 P.

„ 7 „ 37,0.

„ $11\frac{1}{2}$ „ Abends 40,0; um 12 Uhr Schüttelfrost.

Die Herzgrenze überragt nach rechts den rechten Sternalrand um etwas. Systolisches Geräusch ist auch an der Herzspitze hörbar. Leber und Milz sind vergrössert.

Am Tage 2 breiige nicht entfärbte Stühle.

Den 27. XI. 8 Uhr Morgens T. 36,7; 108 P.
11 „ Vorm. „ 36,5.
Von 12—2 Uhr Schüttelfrost.
2 Uhr Mittags T. 39,5.
4 „ Nachm. 39,3; 108 P.
7 „ Abends 36,5.
Das Geräusch an der Herzspitze ist lauter geworden.
In der Nacht zum 28. XI. hat Patientin nicht gefroren und gut geschlafen.

Den 28. XI. T. 35,6; 96 P. 38,0; 37,5; 40,3; 140 P. Natr. salicyl. 4,0. 37,0; 35,6; 92 P.
Von $2^3/_4$—$3^1/_2$ Uhr Schüttelfrost.
Das Sputum ist gering.
Im rechten Auge am Rande der Papille befindet sich temporal- und abwärts neben dem Pigment ein stecknadelknopfgrosser, hellrother Herd (neue Blutung).

Den 29. XI. Der beschriebene Herd hat sich vergrössert, ausserdem sind am unteren Rand der Papille einige neue kleine Herde dazugekommen.
T. um 11 Uhr Vormittags 40,0; 168 P.
Sehr starker Schüttelfrost; Athemnoth: 60 Athemzüge in der Minute. Schweiss.
T. um 4 Uhr 36,0; 120 P.
„ „ 7 „ 35,8.

Den 30. XI.
Um 10 Uhr Schüttelfrost.
Um 11 Uhr T. 39,5; um 2 Uhr 37,2.
Ferner 38,0; 112 P. 36,8.
Es hat sich Erbrechen eingestellt.

Den 1. XII. T. 35,8; 120 P. 35,5; 116 P.
Der Schlaf vom 30. XI. zum 1. XII. war sehr unruhig.

Den 2. XII. T. 37,1; 92 P. 39,0. 38,8; 104 P. 38,0.
Um 1 Uhr Nachts Frostanfall $^3/_4$ Stunden lang.
Patientin kann nicht mehr verständlich sprechen.

Den 3. XII. T. 37,5; 96 P.
Um 11 Uhr T. 37,2; um 2 Uhr 38,2.
Von 2—3 Uhr Frost; T. 39,7; um 4 Uhr 39,7; 100 P.

Die Nacht war für Patientin eine ruhige.

Die Leber überschreitet nicht den Rippenrand.

Die rechte Herzgrenze ist mehr erweitert, reicht c. 2 cm über den rechten Sternalrand hinaus; die äussere Grenze überschreitet nicht die Mamillarlinie.

In der Gegend des Spitzenstosses und über der Aorta ist der erste Herzton unrein.

Am Proc. xyphoideus und über der Pulmonalis lautes systolisches Geräusch.

Venenpuls in der Jugularis externa beiderseits, und rhythmische Bewegungen im Bulbus der Vena jugularis.

Dieselben Milzgrenzen wie vor 8 Tagen reichen vom 8. Intercostalraum bis zur 12. Rippe in der Axillarlinie, nach vorn bis zum freien Rippenrand.

Den 4. XII. T. Morgens 36,0.

Patientin hat in der Nacht viel gestöhnt.

Um 8 Uhr Morgens erfolgte der Exitus letalis.

Sectionsbericht.

Die Obduction erfolgte den 6. XII. 1880.

Der Bericht lautet folgendermassen:

Eine gut mittelgrosse weibliche Leiche von kräftigem Körperbau, ziemlich reichlichem Fettpolster und stark icterischer Färbung; die Bauchdecken sind vorgetrieben und stark gerunzelt; die Striae befinden sich auch an den Oberschenkeln.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich eine beträchtliche Menge stark getrübter, grüngelber, fast grasartig aussehender eitriger Flüssigkeit. Das Zwerchfell entspringt rechts am oberen Rand der 4. Rippe, links am unteren Rand derselben Rippe.

Die von dem Netz bedeckten, anscheinend normal gelegenen Därme bilden ein überall durch reichliche fibrinöse eitrige Massen verklebtes Conglomerat.

Die Lungen sind wenig zurückgesunken und bedecken den Herzbeutel fast vollkommen. Das Herz entspricht der Grösse der Faust der Person; die beiden Ventrikel enthalten grösstentheils speckhaltige, stark icterische

Gerinnsel. Pericardium und Endocardium sind hart und von trüber graubrauner Färbung.

Unter der Pleura befinden sich vereinzelte, in der oberen Hälfte des Unterlappens gelegene erbsengrosse mit eitrigem Inhalt gefüllte Höhlen, an denen die Lungensubstanz vollkommen erweicht ist, im Uebrigen sind die Lungen lufthaltig, im oberen Theil anämisch, im mittleren von mittlerem Blutgehalt.

In der rechten Pleura befindet sich eine grosse Quantität jauchiger Flüssigkeit. Die rechte Pleura ist mit fibrinös eitrigen Beschlägen bedeckt.

An der hinteren Pleura des Unterlappens befinden sich Perforationen, welche ausgehen von einem überhaselnussgrossen Herd der Lunge, in dessen Mitte nekrotische Massen grösstentheils mit nussfarbigem Eiter gefüllt und gereinigte Wandungen zeigend sind.

Die Milz ist mässig vergrössert, schlaff, die Kapsel mit fibrinösem unnachgiebigem Ueberzug versehen. Ihre Maasse sind: 15, 9,5, 4,5 cm. Auf dem Durchschnitt ist die Pulpa fast breiig weich und von dunkelgraurother Farbe.

Trabeculae und Folliculi sind nicht wahrzunehmen.

Das fettreiche Netz lässt sich mit gewisser Schwierigkeit von den Därmen noch loslösen, es zeigt durchweg starke eitrige Infiltrationen.

Die linke Niere ist von normaler Grösse, sehr blass und ausserordentlich schlaff; die Kapsel, leicht ablösbar, ist leicht icterisch gefärbt und durchweg stark getrübt; die Rindensubstanz ist noch trüber als die Marksubstanz, sie ist von normaler Breite.

Die rechte Niere ist wie die linke, nur etwas blutreicher.

Die Ovarien, der Uterus und die Tuben sind fest mit einander verklebt; sämmtliche Organe sind vergrössert.

Die Blase ist von mittlerer Weite, intact und stark icterisch gefärbt.

Die Maasse des Uterus sind: 13,9 und 6 cm. Davon kommen 3 cm auf die Musculatur.

Die Oberfläche desselben zeigt erhebliche Verdickung;

die Serosa ist stark getrübt und mit fibrinös eitrigen Beschlägen bedeckt.

Im Uterus zeigt sich eine erhebliche Verdickung und Faltung der Placentarstelle, welche mit gleichmässig icterischen Beschlägen bedeckt bis in die Tiefe der Muscularis necrotisch ist; im unteren Theil ist die Schleimhaut in geringer Ausdehnung degenerirt; im Cervix befindet sich ein vollkommen ringförmiges Geschwür, welches fast die ganze Muskelmasse zerstört hat, mit unregelmässigen zackigen Rändern; die Oberfläche ist stark nussfarbig und nur an der vorderen Muttermundslippe ein kleiner hahnenkammartiger Rest; im Uebrigen ist der Uebergang in die Vagina vollkommen glatt, indem der obere Theil der Schleimhaut der Vagina narbig entartet, der untere mit relativ normaler Schleimhaut bedeckt ist.

Auf den Einschnitten sowie in der Umgebung des Geschwüres und in den Parametrien befinden sich sehr ausgedehnte Abscedirungen, welche von der Venenthrombose ausgehend zum grossen Theil eitrig erweicht, stellenweise mit festen Thromben gefüllt sind.

Die Ovarien sind beiderseits sehr schlaff, im rechten sowie in der dazugehörigen Tube sind sehr starke eitrige Infiltrationen mit partieller Abscedirung.

Die Leber ist gross; ihre Maasse betragen: 35 cm in der Länge; der rechte Lappen 22 cm breit, 7 cm dick; der linke Lappen 14 cm breit und 4 cm dick.

Die Acini sind sehr gross und von starker Trübung. Das ganze Organ ist ausserordentlich schlaff und sehr blutreich.

Die Magenschleimhaut ist sehr stark getrübt; die Aorta etwas eng aber mit regelmässiger Anordnung der Gefässursprünge; im Bogentheil zeigt sich eine geringfügige Verengerung.

Diagnose: Endometritis, Placentaris diphtheritica, Metritis cervicalis ulcerosa, Trombophlebitis uterina, Peritonitis universalis purulenta, Infarctus pulmonis gangraenosi, Pleuritis ichorosa duplex, Nephritis, Hepatitis parenchymatosa.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt fast überall in der Umgebung des Cervixdefectes im Uterus Musculatur, die mehr oder weniger getrübt resp. verfettet ist. Nur ganz geringfügige Fetzen des Gewebes, so die beschriebenen Reste der Muttermundslippen und eine c. 4 cm breite und 2 cm dicke Zone am oberen Rande des Geschwürs unterhalb der intacten Schleimhaut gelegen zeigt ein sehr reiches Bindegewebsstroma mit spärlichen Epithelresten; doch lässt dieselbe mit Sicherheit die Diagnose auf Scirrhus uteri stellen.

Zweiter Fall.

Anamnese.

R., eine Frau von 35 Jahren, will in ihrer Jugend stets gesund gewesen sein. Sie giebt an, dass sie ihre Regel mit dem 16. Jahre bekommen habe und seit der Zeit immer regelmässig und sehr stark menstruirt bis zu Anfang vorigen Sommers, wo häufiger profuse Blutungen eingetreten seien. Kreissende hat bereits 8 mal geboren; bei der letzten Geburt ist wegen Querlage des Kindes die Wendung gemacht worden.

Den Zeitpunkt ihrer letzten Regel weiss dieselbe nicht anzugeben, weil die Blutungen sich auch während der Schwangerschaft wiederholt hätten. Seit Ende Juni will sie sich schwanger gefühlt haben, weil die unteren Extremitäten angeschwollen waren, sich einigemal Uebelkeit eingestellt und der Bauch an Umfang zugenommen habe. Im October will sie auch Kindesbewegungen wahrgenommen haben.

Die Blutungen sistirten später und stellten sich erst während der Geburt wieder ein.

Status praesens.

Den 25. II. 1880 Abends $^1/_2$9 Uhr.

Die äussere Untersuchung ergiebt Folgendes:

Das Abdomen ist mässig aufgetrieben, die Bauchdecken sind ziemlich dick, die Linea alba pigmentirt. Geringes Oedem der unteren Extremitäten ist vorhanden.

Der Stand des Fundus uteri ist ungefähr in der Mitte zwischen Proc. xyphoideus und Nabel.

Von aussen sind keine bestimmten Theile zu fühlen.

Bei der inneren Untersuchung ergiebt sich, dass das kleine Becken leer und die Portio hochstehend ist.

Der Muttermund fühlt sich an wie ein harter Ring, welcher eben einen Finger durchlässt; in demselben fühlt man links eine maschige Masse, welche anfangs den Verdacht auf Placenta praevia erregt, sich aber nachher als Blutgerinnsel herrausstellt.

Der Cervix ist etwa 1 cm lang und mit Knoten besetzt. Die Eihäute sind noch vorhanden, durch sie hindurch fühlt man kleine Theile.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Es wird zunächst eine Ausspülung mit 5% Carbollösung vorgenommen.

Nunmehr ging man gewaltsam mit 2 Fingern ein und sprengte zunächst die Blase.

Alsdann wurde ein Fuss ergriffen und unter starkem Druck von aussen nach unten gezogen. Der carcinomatöse Ring zersprang dabei in c. 6 Theile, worauf sich der Muttermund rasch erweiterte.

Die Wehen waren inzwischen schwächer geworden, genügten aber, um das Kind bis zu den Schultern auszutreiben.

Es wurden nunmehr die Arme gelöst und der Kopf extrahirt.

Die Blutung dauerte fort, es wurde daher die Placenta exprimirt, worauf der Uterus sich schlecht contrahirte und die Blutung weiter bestand.

Heisse Wasserinjectionen vermochten die Atonie des Uterus nicht zu heben.

Man ging deshalb manuell in den Uterus ein, und es stellte sich heraus, dass Eihautreste zurückgeblieben waren. Nach Entfernung derselben wurde abermals eine Heisswasserinjection vorgenommen, worauf sich der Uterus gut contrahirte und nur noch eine geringe Nachblutung bestehen blieb, die aus den Einrissen des Cervix stammte.

Hierauf liess man eine reichliche Ausspülung mit 5% Carbollösung folgen.

Die Nachblutung liess bald nach.

Bei einer jetzt vorgenommenen Untersuchung wurde die Diagnose auf Carcinoma cervicis — die Portio hing in c. 6 harten Fetzen in die Scheide hinab — sichergestellt und war somit die Ursache für die Blutungen sowohl vor wie während der Geburt definitiv aufgefunden.

Die Blutung nach Ausstossung der Placenta hatte natürlich ihren Hauptgrund in der Atonie des Uterus in Folge retenirter Eihautstücke.

Patientin, welche durch die andauernden Blutverluste ziemlich anämisch geworden war, erholte sich bald und befindet sich heute (28.) wohl. Eine weitere Blutung aus dem carcinomatösen Cervix ist nicht erfolgt.

Temperatur und Puls zeigten während des bis jetzt verlaufenen Wochenbettes nichts Abnormes.

Das Kind (Knabe), etwa im 8. Monat, wurde in 2. unvollkommener Fusslage lebend geboren, ist jedoch so schwach entwickelt, dass es wahrscheinlich nicht lange leben wird. Untersuchung am 10. Tage des Wochenbetts: Uterus normal zurückgebildet. Die Portio nur in ihrem vorderen rechten Quadranten erhalten, hier stark wulstig und knotig, über wallnussgross, der Muttermund ist nach hinten links dislocirt. Der Cervicalkanal ist starr, lässt den Finger nicht eindringen, rechts im Scheidengewölbe sitzt ein bohnengrosser Knoten.

Am Schlusse dieser Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Gusserow, für die gütige Ueberlassung der Fälle, sowie Herrn Dr. Witzel für die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit hiermit öffentlich meinen besten Dank auszusprechen.

Nachweis der Literatur.

Gusserow, Handbuch der Frauenkrankheiten, redigirt von Billroth, 1878, IV. Abschnitt S. 177.
Schröder, Lehrbuch der Geburtshülfe. 1880.
Benicke, Zeitschrift für Gynäkologie, 1877, Bd. I. S. 337.
Cohnstein, Archiv für Gynäkologie, 1873, Bd. V. S. 366.
Valenta, Archiv für Gynäkologie, 1876, Bd. X. S. 405.

THESEN.

I.

Bei Carcinoma cervicis muss ohne Rücksicht auf Gravidität so frühzeitig und energisch wie möglich operativ eingegriffen werden.

II.

Der Blennorrhoea neonatorum ist in den Gebäranstalten durch prophylactische Auspinselungen mit verdünnter Carbollösung vorzubeugen.

III.

Die einfachen Formen der Gelenkverletzungen durch Schuss sind conservativ zu behandeln, dagegen indiciren die mit Splitterbrüchen complicirten Gelenkverletzungen die primäre Resection.

Verfasser, Ewald Karl Martin Brandt, evangelischer Confession, wurde geboren am 10. November 1856 zu Grünberg in Schlesien. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er zunächst auf der Realschule I. Ordnung ebendaselbst, von 1867 an auf dem Gymnasium zu Stralsund, wohin in genanntem Jahre sein Vater als Director der dortigen Realschule berufen wurde. Im Herbst 1877 verliess er das Gymnasium mit dem Zeugniss der Reife. Am 23. October desselben Jahres wurde er als Studirender des Königl. preuss. medicinisch-chirurgischen Friedrich-Wilhelms-Instituts aufgenommen. Vom 1. April bis 1. October 1878 diente er bei der 9. Compagnie des Garde-Füsilier-Regiments mit der Waffe. Am 19. Juli 1879 bestand er das Tentamen physicum, am 8. Juli 1881 das Examen rigorosum. Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren: Alberti, Bardeleben, du Bois-Reymond, Fräntzel, Frerichs, v. Gizycki, Gurlt, Gusserow, Hartmann, Helmholtz, Henoch, Hirsch, Hofmann, Jürgens, Krocker, v. Langenbeck, Leuthold, Lewin, Leyden, Liebreich, Liman, Orth, Peters, Reichert, Salkowsky, Schröder, Schweigger, Skrzeczka, Trautmann, Virchow, Westphal, Zeller.

Allen diesen Herren, seinen verehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.